

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

OMAR EDUARDO SIERRA GAONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.177.652**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



BOGOTÁ, Diciembre 19 de 2025

Señor:

SIERRA GAONA OMAR EDUARDO

CC. 1010177652 CR 17A BIS 62 08 SUR - 2999999

Ciudad

Ref.M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 3 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
SIERRA GAONA OMAR EDUARDO	1010177652	C	Feb-3-2020	8	26	COTIZANTE	VIGENTE		ACTIVO	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
OMAR EDUARDO SIERRA GAONA	1010177652	Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellín, 19 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que OMAR EDUARDO SIERRA GAONA identificado(a) con C1010177652 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10101776522535363612



Certificado para recibir el pago de tu nómina en Nu

Este documento incluye todos los datos para que el titular reciba el pago de su nómina en la Cuenta Nu, **Este certificado es proporcionado por un establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia: Nu Compañía de Financiamiento S.A.**

Datos del titular

- **Nombre:** Omar Eduardo Sierra Gaona
- **Identificación (Tipo - Número):** CC-1010177652

Datos de la cuenta de ahorros

- **Número:** 75108941
- **Estado:** Activa

Datos de Nu:

- **Código ACH:** Si se requieren 4 dígitos, utiliza **1809**. Si se requieren 3 dígitos, utiliza **809**.
- **RUT:** [Enlace a documento](#)
 - **Razón social:** Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.
 - **Sigla:** Nu ó Nu Financiera
 - **NIT:** 901658107 2
 - **Tipo de contribuyente:** Persona Jurídica
 - **País:** Colombia
 - **Ciudad/Municipio:** Bogotá D.C.
 - **Dirección:** Cr 11 79 66 Ed SPACES 80 once P 2
 - **Correo electrónico:** oficiosautoridades@nu.com.co
 - **Actividad económica:**
Código: 6422

Datos de existencia y representación legal

- **Autorización de funcionamiento:** Resolución S.F.C. 2324 del 28 de diciembre de 2023
- **Representación legal:** [Enlace a documento](#)

Esta certificación fue expedida el 14 de noviembre de 2025 a solicitud del titular.

Nu garantiza que la información proporcionada es auténtica y se utiliza correctamente según las normas establecidas para la Cuenta de Ahorros Nu.



Nu. Colombia Compañía de Financiamiento S.A.

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OMAR EDUARDO SIERRA GAONA			CC:	1010177652
CORREO ELECTRÓNICO:	sierraomar.e@gmail.com			TELÉFONO:	3123245226
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17 A BIS 62 08 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 8179 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.467.315	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/09 AL 2025/12/31				
 OMAR EDUARDO SIERRA GAONA PS_8179_2025_DAF970 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OMAR EDUARDO SIERRA GAONA CC: 1010177652 CEL: 3123245226					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OMAR EDUARDO SIERRA GAONA

CON C.C N°1.010.177.652

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 8179 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/12/05
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	733.295	No. HORAS EJECUTADAS	135
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	1.666.218	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.467.315
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES			

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	RECIBIR EL MAPA DEL SECTOR CATASTRAL ENVIADO POR PARTE DEL GEOGRAFOPARA RECONOCER EL TERRITORIO Y HACER LA AVANZADA EL DIA DE LA TOMA, GUIAR A LOS EQUIPOS Y TOMAS DATOS COMO MANZANAS Y PREDIOS VISITADOS, IDENTIFICANDO FACTORES EN EL AMBITO AMBIENTAL, SOCIAL Y SEGURIDAD.
2	A TRAVES DEL ENLACE DE LA ENTIDAD CAPITAL SALUD SE CAPTO LA INFORMACION PARA GESTIONAR AFILICIONES DE LOS USUARIOS SIN EPS CON EL NUMERO DE WHATSAPP DE CAPITAL SALUD SE REALIZA LA GESTION DE AFILIACIONES CON RESPUESTA INMEDIATA.
3	SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON LIDERES SOCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD A TRAVES DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
4	A TRAVES DEL DRIVE DE DIRECTORIOS TELEFONICOS DE LIDERES DE LOS DIFRENTES SECTORES CATASTRALES SE LE INFORMAN DE LAS ACTIVIDADES CON ANTICIPACION PARA PODER LLEGAR A LOS HOGARES CON MAS CONFIANZA.
5	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA (COVECOM)
6	DRIVE CON DATOS DE ACTORES Y ENTIDADES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES
7	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL RUTEO DE USUARIOS EN LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRATALES
8	SE REALIZO BUSQUEDA DE USUARIOS EN EL MICOTERRITORIO A TRAVES DEL RUTEO Y MAPAS, Y TELEFONOS.
9	SE REALIZO ACTAS DE LAS DIFRENTES TOMAS TERRITORIALES, ACTAS CON LIDERES COMUNITARIOS, ACTAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y CON VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-09) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 OMAR EDUARDO SIERRA GAONA PS_8179_2025_DAF970 OMAR EDUARDO SIERRA GAONA CC: 1010177652		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_8179_2025_DAF970 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		